

## Gota cutánea

---

### *Cutaneous gout.*

Rita Magola Sierra-Merlano,<sup>1</sup> Marysabel Cogollo-González<sup>2</sup>

Sr. Director

Paciente masculino de 27 años, con diagnóstico desde hacía 8 años de artritis reumatoide crónica juvenil y síndrome de Cushing exógeno por glucocorticoides. Recibía prednisolona a dosis de 15 mg al día y diclofenaco 50 mg al día, sin otros antecedentes personales o familiares relevantes. Negó fiebre y refirió la aparición de lesiones en la piel desde hacía 5 años en los antebrazos, los codos y el abdomen, que habían progresado a otros sitios corporales. Al examen físico se observó la facies cushingoide. La piel tenía lesiones papulares y nodulares bilaterales en las orejas, los antebrazos, los codos, el abdomen, los brazos, las piernas y el pene (**Figura 1**) de consistencia variable. El examen osteoarticular evidenció: artritis en las articulaciones interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, las muñecas, las rodillas, los tobillos y dolor en el antepie. Los estudios paraclínicos revelaron: factor reumatoide, anticuerpos anticitrulinados, anticardiolipinas IgG e IgM, anticoagulante lúpico, anticuerpos antinucleares y anti-ADN negativos. Hemoglobina glucosilada 5.5%, creatinina y glucemia normales, leucocitos: 11,500 mL/mm<sup>3</sup>, con anemia microcítica hipocrómica, virus de inmunodeficiencia humana negativo, ecografía abdominal, radiografía de manos y pies sin alteraciones.

Se estableció el diagnóstico de AR en remisión, disminuyendo la dosis de prednisolona, se inició cloroquina y se solicitó biopsia cutánea que reportó existencia de un material exógeno que genera una reacción inflamatoria crónica granulomatosa epitelioides no necrotizante, sin evidencia de malignidad, hallazgos sugerentes de tofo gotoso

<sup>1</sup> Médico especialista en Medicina Interna y Reumatología. Profesora de Medicina Interna.

<sup>2</sup> Internista. Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia.

**Recibido:** agosto 2020

**Aceptado:** agosto 2020

**Correspondencia**

Marysabel Cogollo González  
marysabel088@hotmail.com

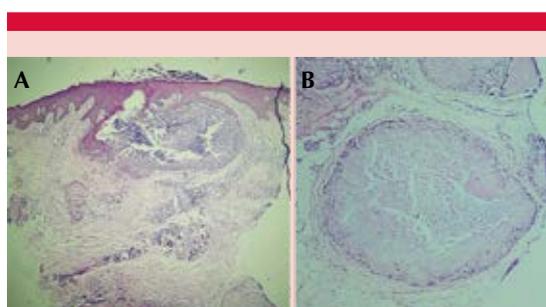
**Este artículo debe citarse como:** Sierra-Merlano RM, Cogollo-González M. Gota cutánea. Dermatol Rev Mex. 2021; 65 (2): 282-284.

<https://doi.org/10.24245/dermatol-revmex.v65i2.5606>



**Figura 1.** Lesiones en la piel pápulo-nodulares en la oreja (A), el miembro superior (B), el pene (C) y el miembro inferior (D).

(Figura 2). Las concentraciones de ácido úrico eran de 8 mg/dL, con función renal normal. Se suspendió el tratamiento contra la AR, con retiro gradual de los corticosteroides, se estableció el diagnóstico de artritis gotosa más gota cutánea,



**Figura 2.** Biopsia de lesión en la piel. **A.** Tofo gotoso, hematoxilina-eosina (H-E) 4X. Se observa material eosinófilo en la dermis superficial, con eliminación transepidérmica a través del folículo piloso. **B.** H-E 10x. Se observa una lesión nodular compuesta por un proceso inflamatorio granulomatoso tipo cuerpo extraño, asociado con un material eosinófilo en su interior.

se inició tratamiento con colchicina más allopurinol con alivio clínico.

La gota es un tipo de artritis inflamatoria, caracterizada por el depósito de cristales de monohidrato de urato monosódico en el líquido sinovial y otros tejidos, que puede asociarse con hiperuricemia (ácido úrico mayor a 6.8 mg/dL).<sup>1</sup> Los principales factores de riesgo de la formación de estos depósitos son la hipertensión arterial, la insuficiencia renal y el tratamiento con diuréticos,<sup>2</sup> todos ausentes en nuestro paciente.

Los tofos constituyen las formas crónicas de la gota y se definen como nódulos intradérmicos que aparecen frecuentemente sobre las orejas, el olécranon, la bursa prepatelar y en sitios acrales, a menudo asociados con tendones.<sup>3,4</sup> Las formas atípicas en la piel son infrecuentes, pueden manifestarse en forma de úlceras, nódulos, pápulas, ampollas, miliar, fungoide y pústulas.<sup>3</sup> Este caso fue pápulo-nodular en sitios articulares y no articulares, con lesiones en zonas atípicas como el pene.

Para el estudio histopatológico es necesario fijar la muestra en alcohol absoluto o congelarla para evitar la disolución de los cristales de urato monosódico, cuando éstos se observan con un filtro de luz polarizada exhiben birrefringencia negativa.<sup>4</sup> El hallazgo patológico se caracteriza por inflamación de cuerpo extraño.<sup>4,5</sup>

El diagnóstico de gota cutánea es difícil debido a la rareza de la enfermedad y, en algunos casos, no existe elevación del ácido úrico; el diagnóstico diferencial incluye xantomas, nódulos reumatoides y calcinosis cutis.<sup>4</sup> Nuestro paciente fue tratado como artritis reumatoide crónica juvenil, mucho antes de establecer el diagnóstico definitivo.

El tratamiento es con fármacos uricosúricos, principalmente el alopurinol;<sup>4,5</sup> sin embargo, la combinación de colchicina más alopurinol se asocia con buenos resultados.<sup>3</sup> Debe insistirse en las medidas de prevención y en el apego al tratamiento.

## CONCLUSIONES

El diagnóstico de la gota cutánea constituye un reto clínico, muchas veces no se encuentran factores de riesgo ni elevación del ácido úrico; los hallazgos histopatológicos son fundamentales y debe considerarse entre los diagnósticos diferenciales de enfermedades por depósito en la piel.

## REFERENCIAS

1. Gaviria JL, Ortega VG, Gaona J, Motta A, et al. Unusual dermatological manifestations of gout: Review of literature and a case report. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2015; 3 (7): e445-e. doi. 10.1097/GOX.0000000000000420.
2. Fam AG, Assaad D. Intradermal urate tophi. *J Rheumatol* 1997; 24 (6): 1126-31.
3. Shukla R, Vender RB, Alhabeeb A, Salama S, et al. Miliarial gout (A new entity). *J Cutan Med Surg* 2007; 11 (1): 31-4. doi. 10.2310/7750.2007.00002.
4. Bernat-García J, Barberá-Montesinos E, Soriano-Sarrio P. Pápulas blanquecinas en las manos. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2013; 104 (4): 349-50. doi. 10.1016/j.ad.2012.09.011.
5. Olazagasti J, Wang AS, Isseroff R. Multiple firm nodules and tender, indurated plaques. *JAMA Dermatol* 2014; 150 (5): 569-570. doi. 10.1001/jamadermatol.2013.8734.